

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

N°

36

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 27 Octobre 1899, à heure

PAR

Emile EGRET

Né à Seboncourt (Aisne), le 11 juillet 1872

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA TALALGIE

Président : M. TILLAUX, Professeur.

Juges : MM. {
BRISSAUD, Professeur.
LETULLE, Agrégé.
MAUCLAIRE, Agrégé

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

PARIS. — 36, Rue Serpente. — PARIS

(En face la Faculté de Médecine)

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 27 Octobre 1899, à heure

PAR

Emile EGRET

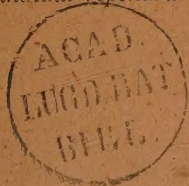
Né à Seboncourt (Aisne), le 11 juillet 1872

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA TALALGIE

Président : M. TILLAUX, Professeur.

*Juges : MM. { BRISSAUD, Professeur.
 { LETULLE, Agrégé.
 { MAUCLAIRE, Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET

PARIS. — 36, Rue Serpente. — PARIS

(En face la Faculté de Médecine)

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen
Professeurs

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie organique et chimie minérale
 Histoire naturelle médicale
 Pathologie et thérapeutique générales
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Opérations et appareils
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie
 Pathologie comparée et expérimentale

Clinique médicale.....

Clinique des maladies des enfants.....
 Clinique des maladies syphilitiques.....
 Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....
 Clinique des maladies nerveuses.....

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique
 Clinique des voies urinaires.....

Clinique d'accouchement.....

M. BROUARDEL.
 MM.

FARABEUF.
 CH. RICHT.
 GARIEL.
 GAUTIER.
 BLANCHARD.
 BOUCHARD.
 HUTINEL.
 DEBOVE.
 LANNELONGUE
 CORNIL.
 MATHIAS DUVAL.
 TERRIER.
 POUCHET.
 LANDOUZY.
 PROUST.
 BROUARDEL.
 BRISSAUD.
 CHANTEMESSE.

POTAIN.
 JACCOUD.
 HAYEM.
 DIEULAFOY.
 GRANCHER.
 FOURNIER.

JOFFROY.
 RAYMOND
 BERGER.
 DUPLAY.
 LE DENTU.
 TILLAUX.
 PANAS.
 GUYON.
 BUDIN.
 PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.
 ACHARD.
 ALBARRAN.
 ANDRÉ.
 BONNAIRE.
 BROCA Auguste.
 BROCA André.
 CHARRIN.
 CHASSEVANT.
 DELBET.
 DESGREZ.

MM.
 DUPRÉ.
 FAURE.
 GAUCHER.
 GILLES DE LA
 TOURETTE.
 HARTMANN.
 LANGLOIS.
 LAUNOIS.
 LEGUEU.
 LEJARS.

MM.
 LEPAGE.
 MARFAN.
 MAUCLAIRE.
 MENÉTRIÉR.
 MERY.
 ROGER.
 SEBILEAU.
 TEISSIER.
 THIERY.

MM.
 THIROLOIX.
 THOINOT.
 VAQUEZ.
 VARNIER.
 WALLICH.
 WALTHER.
 WIDAL.
 WURTZ.

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE
DE MES GRANDS PARENTS

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA CHÈRE TANTE ARMANDINE

Nous dédions cette thèse comme un respectueux hommage de reconnaissance et d'affection pour les soins, les encouragements et les bontés dont ils n'ont pas cessé de nous entourer, depuis nos plus jeunes années de collège, jusqu'à ce jour, où nous entrons dans la carrière médicale.

A MES FRÈRES

Affection et dévouement.

A MES ONCLES ET TANTES

Hommage de sincère reconnaissance.

A MONSIEUR GEORGES BONDIGUET

Pour les bons conseils qu'il nous a toujours prodigués.

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DURET

Professeur de clinique chirurgicale
à la Faculté libre de médecine de Lille
Ex-Chirurgien des Hôpitaux de Paris
Membre de la Société de Chirurgie

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AUGIER

Professeur d'anatomie pathologique
à la Faculté libre de médecine de Lille
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Professeur à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien à la Charité
Membre de l'Académie de médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

La talalgie est une affection mal connue; pas un traité classique n'en fait mention : chirurgiens et médecins ont, il est vrai, publié sur ce sujet des observations plus ou moins détaillées, mais l'étude complète de ce symptôme est encore à faire; son histoire, encore à l'état embryonnaire, est cependant un peu plus avancée aujourd'hui, qu'en 1872, où, pour la première fois, Desprès décrivait la talalgie sous le nom de *névralgie du talon*.

Ce travail n'a pas la prétention de combler les lacunes existantes; à d'autres plus éclairés et mieux placés que nous, nous laissons le soin de dire le dernier mot sur la question qui nous occupe.

Ayant eu la bonne fortune de rencontrer, à Lille, dans le service de M. le professeur Duret, cinq malades atteints de talalgie, il nous a paru intéressant en même

temps qu'utile, de recueillir leurs cinq observations. Réunies aux faits publiés à ce sujet, elles feront l'objet de notre thèse inaugurale, qui rappellera, croyons-nous tout ce qui a été dit sur cette question.

Nous exprimons nos regrets, au moment d'entrer dans la carrière médicale, de ne pouvoir offrir les prémices nos travaux à notre cousin le docteur Dieu. La Providence l'a rappelé à elle avant qu'il n'ait eu la douce satisfaction de nous voir à sa suite dans cette profession qu'il aimait tant et qu'il a si bien remplie. Nous offrons à sa chère et vénérée mémoire le témoignage de notre affection toujours vive. Nous nous efforcerons de suivre ses exemples afin de devenir demain ce qu'il était hier : praticien d'une douceur et d'une charité exquis, clinicien d'une honorabilité et d'une distinction parfaite.

Ce travail, clôture de nos études médicales, nous a été inspiré par M. le professeur Duret qui fut, toujours, pour nous, plein de bienveillance et de bonté, il nous nous enseigna, durant les trop courtes années passées dans son service, la vraie et saine clinique chirurgicale; nous lui offrons, ici, l'expression de notre vive et sincère gratitude.

M. le professeur Augier a droit à toute notre reconnaissance pour les excellentes leçons qu'il nous a prodiguées à l'hôpital Saint-Antoine-de-Padoue; nous ne l'oublierons jamais.

MM. les professeurs Desplats, Eustache, Faucon et Guermont furent pour nous des maîtres sûrs et

dévoués, nous les prions de recevoir tous nos remerciements.

M. le professeur Tillaux nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre humble thèse ; nous sentons tout le prix d'une telle faveur ; qu'il veuille bien recevoir l'assurance de notre respectueuse et sincère gratitude.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

La talalgie a une histoire assez récente. Swediaur, le premier, en 1871, l'a signalée dans la blennorrhagie.

M. le professeur Tillaux, l'a ensuite observée et dénommée *affection douloureuse du talon, non décrite par les auteurs*.

Mais c'est surtout Desprès qui a appelé sur elle l'attention en l'étudiant dans sa chirurgie journalière sous le nom de *contusion chronique du talon* ; sans nier l'influence de la chaudepisse, du rhumatisme et de la goutte il leur fait jouer un rôle peut-être trop secondaire ; pour lui la contusion doit être considérée comme la véritable cause du mal.

Viennent, bientôt après, les travaux de Fournier et de Blum qui font entrer en ligne de compte, le premier la blennorrhagie, le second le rhumatisme. Ce dernier auteur baptise l'affection du nom de *talalgie*. Ce nou-

veau titre a le mérite de ne point porter atteinte à la diversité causale d'affections rangées sous la même bannière et n'ayant pourtant de commun qu'un symptôme : le siège de la douleur (1).

Brousses et Berthier jettent un nouveau jour sur la question, en montrant la névrite interstitielle localisée dans la paroi de la bourse séreuse sous-calcanéenne et très probablement d'origine traumatique. Pour eux, la talalgie renferme une foule d'affections mal classées, différentes par leur nature étiologique aussi bien qu'anatomique.

Duplay remplace le nom de talalgie par celui de *pternalgie*, formé suivant les règles de la linguistique. Il attribue la pternalgie à une bursite sous-calcanéenne d'origines diverses.

Mais c'est principalement Jacquet qui a fait l'histoire complète de la talalgie et a montré l'influence prépondérante de la chaudepisse, son mode d'action et l'hypertrophie calcanéenne.

(1) Brousses et Berthier, Revue de Chirurgie, 1895. n° 8.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE

Peut-être pourrait-on ranger en trois grandes classes les causes de la talalgie : tantôt elle serait dûe exclusivement aux traumatismes souvent répétés ; tantôt elle serait d'origine diathésique ; d'autres fois elle serait produite par le gonococque et ses toxines.

Etant d'origine traumatique, la talalgie relève de causes prédisposantes et déterminantes. Tous les sujets ne présentent pas des conditions également favorables au développement de la *douleur au talon* : ceux-là en sont le plus souvent atteints qui ont eu dans un membre pelvien une ou des affections les empêchant d'appuyer les extrémités sur le sol, une entorse, une ostéite, par exemple. Le sujet ne pouvant se maintenir sur les deux pieds, fait porter le poids du corps sur une seule extrémité, laquelle, petit à petit, est frappée d'impotence fonctionnelle (obs. III et IV). Sont aussi prédisposés à la talal-

gie, ceux qui ont les pieds fortement cambrés, ceux qui, avec un pied petit, ont la peau peu épaisse et suent abondamment des pieds ; car, il y a, dans ces cas, un fendillement fréquent de l'épiderme. « Il en est de la prédisposition de ces sujets comme de celle de certaines femmes, à peau fine, molle, qui portent des taches ecchymotiques pour les moindres pressions et des épanchements sanguins assez notables pour des chocs même peu intenses (1). » Parmi les causes déterminantes de l'affection, il faut citer l'usage de chaussures à semelles peu épaisses, la marche et la station prolongées sur un pavage inégal ou caillouteux (obs. I, II, III, IV, etc.).

Causée par le traumatisme, la talalgie atteint, pour ainsi dire, toujours l'homme ; il n'en est plus de même quand elle est produite par le rhumatisme ; dans ce cas, la femme n'est plus épargnée. Blum rapporte deux faits de ce genre, et il les a observés, dit-il, sur deux femmes de cinquante à soixante ans, rhumatisantes, qui souffraient de talalgie depuis plusieurs mois et ne se fatiguaient guère (2) ». On voit par là, que le rhumatisme n'atteint que très tardivement le talon. La goutte produit elle aussi, parfois, les mêmes effets que le rhumatisme ; l'observation IX nous en fournira un bel exemple.

Enfin nous voyons la talalgie d'origine blennorrhagique ; « celle-ci, dit Voisin, ne s'observe jamais au début

(1) Fabre, thèse, 1875.

(1) Blum, Chirurgie du pied, 1888.

de la blennorrhagie. Elle se déclare surtout vers la 3^e ou 4^e semaine, alors que l'écoulement est presque tari. On l'observe surtout dans les blennorrhagies prolongées ou à la suite de plusieurs blennorrhagies (obs. Hayem, Parmentier, Lustgarten, etc.). C'est aussi à la suite des injections mal pratiquées, des traitements imprudents, qu'elle survient. Jacquet, sur 16 malades, ne compte pas une seule femme. Sur les 12 observations que nous rapportons, une seule a trait à une femme (1) ». On le voit, la talalgie d'origine gonococcique est comme la talalgie traumatique l'apanage presque exclusif de l'homme, ce qui n'a pas lieu de nous étonner si on se souvient que la station debout prolongée vient aider la blennorrhagie à accomplir son œuvre néfaste. Or, cette station debout prolongée s'observe, en première ligne, chez les boulangers, garçons de magasin ou de restaurant, cuisiniers, fantassins, gardiens de la paix, forgerons, etc., et la femme dont parle Voisin rentre justement dans cette catégorie : elle était domestique et passait deux journées entières de chaque semaine à frotter l'appartement de ses maîtres.

(2) Voisin, thèse, 1899.

CHAPITRE III

DÉFINITION ET SYMPTÔMES

La talalgie est une affection caractérisée par une douleur siégeant au niveau de la tubérosité interne du calcaneum à sa face plantaire.

Cette douleur est souvent précédée de prodromes ; les malades commencent à éprouver, pendant leur travail, des engourdissements, des picotements dans le pied qui va devenir le siège de la maladie. La fatigue est rendue responsable de cet état ; malgré cela, le malade peut encore continuer ses occupations ; mais, la cause persistant, les symptômes vont s'aggravant, sans que le sujet puisse la rattacher à un coup, à une chute, à une cause quelconque, il voit la douleur se développer peu à peu. Elle arrive à un tel degré que les malades, ne pouvant plus supporter la station debout, se voient condamnés à un repos forcé.

Cette douleur présente des caractères particuliers :

elle est *permanente, continue* pendant la marche et la station debout. Les malades la comparent à la compression de la chaussure sur les orteils, à une sensation de chaleur et même de brûlure. Néanmoins, on peut dire qu'elle est *intermittente*, comme la cause qui la produit.

Dès que, par le repos, le malade se soustrait à la compression, on observe la rémission des phénomènes douloureux.

Cependant, l'affection ne disparaît pas pour cela ; elle reste à l'état latent, prête à reparaître sous l'influence de la même cause.

La talalgie d'origine exclusivement traumatique ne présente jamais *ni chaleur, ni rougeur, ni tuméfaction* ; il n'en est plus de même quand interviennent le rhumatisme, la goutte ou la blennorrhagie ; dans ces cas, il peut exister un peu d'empâtement péricalcanéen au niveau surtout de la face interne du calcanéum, précisément où existe la gouttière calcanéenne, dans laquelle passent les nombreux tendons et synoviales des muscles qui, de la face postérieure de la jambe, se rendent à la plante du pied. C'est qu'il peut y avoir de la synovite, détermination fréquente dépendant du gonococcoque et de ses toxines.

CHAPITRE IV

PATHOGÉNIE

La nature intime de la talalgie a appelé l'attention de maîtres éminents. Desprès (1) qui l'appelait *névralgie du talon*, s'exprimait ainsi à son égard, en 1872 : « En examinant bien le caractère de la douleur, une douleur que les malades comparent à la sensation causée par la compression de la chaussure sur les orteils et à une sensation de chaleur et même de brûlure, on arrive à conclure que la douleur est la douleur propre à la contusion par compression, dont Velpeau a donné la description dans sa thèse de concours sur la contusion. Etant admis ce point et en considérant que le mal existe chez des malades qui restent debout des heures entières, on peut établir que la maladie est une contusion profonde par pression intermittente.

(1) Desprès, La Chirargie journalière, page 6 .

Mais il s'agirait de préciser le point où la contusion exerce ses effets : Est-ce sur la peau ? Non certes, car on sait que les pressions intermittentes sur les pieds produisent, au niveau des articulations, sur la face dorsale des orteils, des cors et, sur leur face plantaire, des durillons et même des maux perforants. La contusion du talon portant ses effets sur la peau, devrait y déterminer la production d'un durillon et plus tard d'un mal perforant. Est-ce le périoste qui supporte la compression ? Non, car il en résulterait une périostite qui envahirait le pourtour de l'os et se traduirait à l'extérieur par du gonflement.

Les fibres tendineuses des courts fléchisseurs des orteils, confondues avec le périoste, ne paraissent pas davantage être le siège de la contusion. Mais il y a entre le derme et la peau du talon et l'os un tissu fibreux-aréolaire qui emprisonne des lobules de graisse très dense. Le tissu cellulo-grassey est relativement plus vasculaire que le tissu adipeux des autres régions, et il est baigné d'un liquide peu abondant, voisin du liquide des bourses séreuses et qui mouille les doigts pendant la dissection. Ce tissu a une vie spéciale qui tient à sa fonction. C'est sur cette partie que porte la contusion. La compression y cause, sans doute, une modification que l'on ne peut pas encore étudier, puisqu'ici on n'a pas eu d'autopsie. Je pense qu'il y a une lésion de nutrition du tissu adipeux cellulo-grassey sous-cutané.

Donc, pour Desprès, la talalgie n'est autre chose qu'une contusion chronique du talon.

M. le professeur Duplay considère cette explication, comme insuffisante. « Jusque dans ces derniers temps, dit-il (1), on n'avait pas encore songé à une particularité anatomique appartenant à la région et qui peut rendre parfaitement compte de la nature du mal.

On sait, en effet, depuis les recherches anatomiques de Lenoir, qu'il existe une bourse séreuse entre le périoste du calcaneum et le coussinet graisseux du talon. Cette bourse, qui siège précisément au-dessous des tubérosités que l'on observe en arrière de la face plantaire du calcaneum et surtout au niveau de la tubérosité interne la plus saillante, a pour but de permettre un certain degré de glissement de la peau et du tissu graisseux sur l'os sous-jacent. Or, comme toute bourse séreuse, celle-ci peut devenir malade sous diverses influences. La seule variété de bursite sous-calcanéenne sur laquelle l'attention ait été attirée est celle qui survient parfois dans le cours de la blennorrhagie et dont je me souviens avoir observé un bel exemple. Mais à part cette forme bien nettement accusée, ne peut-on pas admettre qu'il existe d'autres lésions inflammatoires de la bourse sous-calcanéenne et en particulier des lésions inflammatoires chroniques, se produisant sous l'influence de causes variées, générales ou locales ?

(1) Duplay, Presse Médicale, 1896.

Pour ces dernières, on peut invoquer l'action de la marche, de la station prolongée, plus particulièrement dans l'exercice de certaines professions. Il en résulterait, par suite de la compression et du froissement de la bourse sous-calcanéenne, une sorte d'hygroma chronique, donnant lieu à la douleur. Dans cette manière de comprendre la maladie, il n'est plus question de cette contusion chronique du talon, invoquée par Desprès, qui nous laisse dans l'incertitude sur la nature et le siège anatomique des lésions, mais l'affection se trouve très exactement localisée dans la bourse séreuse sous-calcanéenne ou bourse de Lenoir et la talalgie, ou pternalgie doit être considérée comme une bursite sous-calcanéenne.

Deux faits récemment publiés peuvent être invoqués à l'appui de ce qui précède.

Dans un premier cas, Brousses, opérant un malade atteint de talalgie, trouva une bourse sous-calcaléenne épaissie et renfermant dans son intérieur un corps rizi-forme dont l'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un névrome fasciculé. Quoiqu'il en soit, grâce à l'extirpation de la bourse séreuse, le malade guérit de sa douleur.

Dans un cas plus récent, Brousses et Berthier, au cours d'une opération entreprise dans les mêmes conditions, trouvèrent la bourse sous-calcanéenne du volume d'une noisette, distendue par un liquide filant. Dans l'épaisseur de la paroi de cette bourse, il existait cette fois

encore une petite nodosité de la grosseur d'un petit pois et d'une dureté ligneuse. Comme dans le cas précédent, l'extirpation de la bourse fut suivie de guérison.

L'examen anatomique et histologique de la pièce fit reconnaître dans cette paroi une artériole dont les tuniques étaient normales et un filet nerveux atteint de névrite interstitielle. Or, la présence de ce vaisseau, comme celle de ce filet nerveux altéré constituaient une véritable anomalie. Normalement, cette bourse séreuse ne présente rien d'analogue.

Si nous laissons de côté certains points obscurs de ces deux observations, tels que ce prétendu nécrome fasciculé, cette anomalie dans la distribution d'une branche du nerf plantaire, située dans l'épaisseur même de la paroi de la bourse sous-calcanéenne, il faut insister sur les détails relatifs aux lésions de cette bourse dont les parois étaient notablement épaissies, indurées et dont la cavité renfermait un liquide filant et un corps riziforme. Je considère la présence de ce corps ainsi que l'épaississement des parois de la bourse, comme une démonstration à l'appui de ce que j'ai dit précédemment sur le siège et la nature de la maladie, connue jusqu'à ce jour sous le nom de talalgie et qui doit être à l'avenir, suivant moi, considérée comme une *bursite sous-calcanéenne chronique*.

Enfin, nous avons la *théorie nerveuse*, émise par M. Jacquet et soutenue par Voisin dans sa thèse inau-

gurale. « Il est possible, dit ce dernier (1), que l'hygroma existe, mais dans treize cas de talalgie observés par Jacquet et dans les observations que nous rapportons, il n'en a pas été rencontré. De plus, la douleur n'est jamais exactement localisée au niveau de la bourse séreuse. Par contre, cette douleur, ainsi que le veut M. Jacquet, diffuse le long du tendon et des aponévroses plantaires, elle est ostéo-fibreuse et fibreuse. »

Nous avons aussi constaté que, outre les maxima indiqués par M. Jacquet, il y en avait un autre sur la face externe du calcanéum, c'est-à-dire au niveau de l'insertion, sur cet os, du ligament péronéo-calcanéen de l'articulation tibio-tarsienne.

En localisant aussi plus soigneusement les points douloureux de la face plantaire, on voit que c'est au niveau des tubérosités interne et externe que se trouve le maximum douloureux, c'est-à-dire au niveau des points d'attache des muscles de la plante du pied. « En effet, prétend M. Jacquet, tendons et aponévroses, riches en nerfs, de sensibilité pathologique exquise, jouent dans la douleur rhumatismale un rôle prédominant, bien que méconnu, au profit des synoviales. Ce rôle, je l'ai invoqué pour expliquer, dans le blennorhumatisme, la douleur du coccyx, la douleur du fibrocartilage nasal, celle des apophyses épineuses. Depuis, j'ai trouvé maintes fois ces localisations douloureuses,

(1) Voisin, thèse 1899. Page 27

qu'aucune inflammation synoviale ne saurait expliquer et je n'hésite plus à considérer la talalgie non déformante comme le premier degré de la talalgie hypérostosante et dépendant, comme elle, d'une même cause : le rhumatisme ostéo-fibreux, avec un travail d'ossification encore inappréciable. »

Outre ces raisons qui plaident en faveur de l'origine nerveuse de la talalgie simple, il y en a d'autres qui lui sont communes avec la talalgie hypérostosante, particulièrement la concomitance de phénomènes nerveux dont nous parlerons.

Telles sont les opinions émises sur la nature intime de la talalgie ; celles de Duplay et Jacquet restent seules en présence ; nous allons nous permettre de les apprécier, nous basant sur le siège de la douleur et sur les pièces anatomiques qui ont été examinées.

Les malades étudiés par Duplay, Blum, Brousses et Berthier présentaient une douleur très vive à la pression profonde et nettement localisée à la partie postérieure de la tubérosité interne du calcanéum ; nous avons observé le même fait chez trois de nos malades dont nous rapportons les observations. Des examens histologiques pratiqués jusqu'à ce jour, il résulte que, dans certains cas (Duplay et nous-mêmes), on se trouvait en présence de l'inflammation chronique de la bourse séreuse qui est précisément située à la partie postérieure de la tubérosité interne du calcanéum. Donc, après ces exemples, la talalgie serait uniquement une *bursité sous-calcanéenne chronique*.

Brousses et Berthier se sont, eux aussi, trouvés en présence d'un hygroma chronique de la même bourse séreuse; en plus de cela, le premier constata que la tumeur contenait un corps riziforme dont l'examen histologique démontra qu'il s'agissait d'un névrome fasciculé. Au cours d'une seconde opération entreprise dans les mêmes conditions, les deux chirurgiens militaires trouvèrent la bourse sous-calcanéenne du volume d'une noisette, distendue par un liquide filant.

Dans l'épaisseur de la paroi de cette bourse, il existait cette fois encore une petite nodosité de la grosseur d'un petit pois et d'une dureté ligneuse. L'examen anatomique et histologique de la pièce fit reconnaître dans cette paroi une artériole dont les tuniques étaient normales et un filet nerveux, atteint de névrite interstitielle. Or, la présence de ce vaisseau, comme celle du filet nerveux altéré, ainsi que le fait très justement observer M. le professeur Duplay, constituaient une véritable anomalie. Donc, chez ces deux malades nous retrouvons encore la *bursite sous-calcanéenne chronique*.

Mais le dernier malade présente une particularité intéressante : si l'on comprime un peu fortement le point sensible, il se développe une douleur de caractère fulgurant avec irradiation remontant jusqu'à la hauteur du molet. Voilà ce que l'on rencontre dans nombre d'observations recueillies par M. Jacquet, observations où il n'y a pas trace d'*hygroma* et où la talalgie est très intense.

Ce qui nous force à admettre que dans certains cas, la

douleur de talon est due à une névrite qu'elle soit d'origine centrale ou périphérique. Cette dernière théorie permet, du reste, d'expliquer l'hyperostose calcanéenne rencontrée dans l'évolution tardive de la talalgie blennorrhagique.

CHAPITRE V

MARCHE — DIAGNOSTIC — TRAITEMENT

MARCHE — DURÉE — PRONOSTIC

La talalgie a une marche essentiellement chronique; elle peut durer des mois, des années.

D'origine blennorrhagique, elle peut, quand elle n'est pas soignée engendrer des lésions osseuses; autrement dit, il est probable que la talalgie avec troubles trophiques soit la conséquence, la suite de la douleur de talon, du début.

L'*hyperostose calcanéenne*, dit Voisin (1), est le trouble qui se rapporte le plus directement à la talalgie. Le talon est augmenté dans tous ses diamètres et pris à poignée, il donne une sensation de résistance indiquant bien une néoformation osseuse et non seulement un empâtement péricalcanéen par inflammation des parties molles. Les

(1) Voisin, thèse 1899.

dépressions postérieures qui existent normalement de chaque côté du tendon d'Achille sont complètement effacées et l'on constate que le diamètre transversal du talon ainsi vu par derrière est considérablement augmenté. La lésion est le plus souvent symétrique avec prédominance presque constante d'un côté. La peau est généralement saine. C'est là ce que Jacquet (1) appelle la *calcanéite ossifiante*. La lésion, arrivée à ce point, est à peu près irrémédiable. Le traitement approprié peut bien diminuer l'hyperostose, mais non la faire disparaître. Par contre, les douleurs peuvent rétrograder, et, avec elles, l'impotence fonctionnelle.

Le pronostic de l'affection est assez grave par suite de sa ténacité même, qui oblige parfois les malades à changer de profession.

Diagnostic.

La bursite sous-calcanéenne chronique se distinguera de la talalgie d'origine nerveuse en ce qu'à la pression profonde, au niveau de la tubérosité interne du calcanéum la douleur ne s'irradie pas dans la jambe, mais restera bien localisée au point comprimé, elle ne sera pas non plus confondue avec l'achillodynie grâce au siège du point sensible situé au cas d'achillodynie au niveau des

(1) Jacquet, de la talalgie blennorrhagique. Société Médicale des hôpitaux, 5 mars 1897.

insertions du tendon d'Achille, au cas de bursite sous-calcanéenne en un point circonscrit répondant à la tubérosité de la face plantaire du calcanéum. Un foyer tuberculeux intra-calcanéen, le développement dans l'épaisseur du calcanéum d'un néoplasme central peuvent donner le change au clinicien. Mais dans ce cas, outre les signes fréquents de tuberculose généralisée, la douleur ne sera pas nettement au point que nous avons signalé. La marche enfin de l'affection sera toute autre.

Reste à diagnostiquer la talalgie exclusivement traumatique, de la talalgie diathésique ; la première ne présentera jamais d'empâtement péri-calcanéen, la seconde en sera parfois accompagnée ; l'interrogatoire tranchera la question.

Enfin, on ne confondra pas la douleur de talon produite par la station debout prolongée avec celle occasionnée par la blennorrhagie ; celle-ci ira fréquemment de pair avec le suintement urétral, et le malade, s'il le veut, pourra fournir d'utiles renseignements à ce sujet.

Traitement

Le malade atteint de talalgie devra cesser pour un temps prolongé sa profession debout et même, s'il le peut, la quitter tout à fait pour éviter les rechutes. Le repos au lit sera indispensable.

Mais, envers et contre tout, par suite de nécessité, la

personne souffrante ne peut abandonner son métier, si la douleur est occasionnée par la *bursite sous-calcanéenne chronique*, il faudra procéder à l'ablation de cette bourse séreuse. L'opération consiste en une incision en fer à cheval, contournant la demi-circonférence postérieure du talon et allant directement jusqu'au voisinage du périoste, de manière à détacher tout le coussinet graisseux avec la peau. Afin de mieux juger de l'état des parties, on peut avoir recours à la bande d'Esmarch. On procède ensuite à l'ablation de la bourse séreuse, puis le lambeau talonnier réappliqué sur le calcaneum est suturé.

Si la talalgie est d'origine nerveuse, on pratiquera la révulsion au niveau de la colonne vertébrale, où elle agira sur la lésion nerveuse qui a engendré la douleur et au niveau du talon, où elle favorisera la résorption et l'hyperostose; les massages, les frictions, les bains térébenthinés si efficaces, préconisés par MM. Balzer et Jacquet, pourront être prescrits avec succès.

Il va sans dire que si la blennorrhagie existait encore, il faudrait la traiter par les moyens appropriés, de même pour le rhumatisme et la goutte.

OBSERVATION I. — (Fabre) *Talalgie d'origine traumatique.*

Le nommé G... (Jean-Joseph) âgé de 42 ans, gardien de la paix est entré le 13 avril 1875 à l'hôpital Cochin, salle Cochin, service de M. Desprès.

Antécédents héréditaires excellents, constitution robuste. Le malade a eu une variole à 21 ans, une sciatique droite, dont la durée aurait été de cinquante jours environ. Interrogé avec soin il nous a répondu que jamais il n'avait eu ni blennorrhagie, ni syphilis. Ses enfants jouissent d'une bonne santé.

Le malade exerce la profession de gardien de la paix, profession qui l'oblige à des stations debout pendant huit heures par jour dont quatre heures au moins consécutives. Il est attaché au quartier de l'hôpital Cochin, où les rues sont généralement mal pavées; ajoutons cependant que le malade, ancien militaire, est d'une constitution robuste et habitué à la fatigue.

C'est le 27 février 1875 que ce gardien de la paix a ressenti, dans le *talon gauche*, pour la première fois, une douleur subite, s'accompagnant d'*élancements intérieurs* (*sic*), cette douleur semblait se propager du côté de la face interne du pied. Ce mal apparut, dit le malade, sans cause appréciable, car il venait de commencer sa garde de huit heures, n'avait pas marché dans la journée, n'avait pas fait de faux pas, etc., etc. Enfin ses chaussures étaient dans un parfait état, pourvues de bonnes semelles et de talons non déformés. On ne pouvait non plus invoquer une uréthrite, car le malade n'en avait nulle trace.

Cette douleur prit un caractère de persistance et d'acuité de plus en plus grandes, à ce point que le malade ne put bientôt continuer ses gardes de quatre heures : le repos lui faisait éprouver un très grand soulagement.

Le 2 mars, il va consulter le médecin du corps des sergents de ville, qui ne se prononce pas sur son état et qui le renvoie

à la consultation de M. Desprès, chirurgien de l'hôpital Cochin qui diagnostique une *contusion chronique du talon* et ordonne le repos absolu.

Le malade est resté au lit pendant quarante jours. Durant cette période, sa douleur s'est considérablement calmée; il fut même plusieurs fois à la consultation sans éprouver un malaise trop grand : « Mais je sentais, dit-il, que la marche n'aurait pas tardé à réveiller la douleur. »

Le malade, fatigué de se soigner chez lui, se décida à entrer à l'hôpital Cochin, le 13 avril, où nous constatons les symptômes suivants :

Le pied gauche n'est nullement déformé, et sa comparaison avec le pied sain ne révèle aucun changement.

L'épiderme du talon, ordinairement remarquable par sa grande épaisseur et sa condensation, est ici très peu épais, et, à plusieurs reprises, en examinant le malade et d'après son interrogatoire, nous apprenons qu'il sue souvent et très facilement des pieds. L'épiderme, dans ses couches superficielles, est fendillé irrégulièrement, rappelant les contours d'une carte de géographie.

Le talon, qui est le siège de la douleur, n'offre aucun changement de couleur, mais les pressions y réveillent une sensation douloureuse dont le siège précis, ou plutôt le maximum, est sur la ligne médiane et tout à fait à la partie postérieure du talon gauche.

La palpation ne révèle aucun changement ni consistance et nous ne savons quel degré de confiance on doit accorder à cette affirmation du malade, à savoir qu'au début de la maladie, le talon offrait une dureté de bois. La sensibilité thermique et la sensibilité à la douleur sont conservées, mais elles paraissent moins parfaites à gauche, c'est-à-dire du côté malade que du côté sain.

Le malade garde le lit depuis le 13 avril, l'amélioration se fait sentir lentement et est mesurée par l'insensibilité de plus en plus grande du talon à la pression. C'est ainsi que, le 28 avril,

on peut imprimer de légers chocs au niveau du talon contusionné sans que le malade accuse une sensation douloureuse bien forte, expérience qui n'aurait pu être tolérée les premiers jours.

Le malade accuse toujours des fourmillements au niveau du talon, survenant à diverses reprises pendant la journée. Le 13 mai, le malade n'a pas encore quitté le lit. La douleur à la pression est presque nulle. L'épiderme tombe par plaques, comme des écailles de poisson.

Points intéressants : profession, ancienne sciaticque droite, épiderme du talon peu épais, sueurs abondantes des pieds dont la peau est fendillée.

OBSERVATION II. — (Fabre) *Talalgie d'origine traumatique.*

B...-M... (Gustave Charles), âgé de 27 ans, petit de taille, attaché deux ans au service des gardiens de paix, au sortir du service militaire, entre à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Desprès, le 28 octobre 1873.

Antécédents héréditaires excellents. Cet homme n'a jamais été sujet aux douleurs rhumatismales, absence complète de blennorrhagie, il n'a pas eu la syphilis et jouit habituellement d'une bonne santé. On ne constate chez lui aucune manifestation de la diathèse scrofuleuse.

Le malade raconte que, depuis six mois environ, il éprouvait dans le talon du côté droit, une douleur assez vive, qui était accrue sensiblement par la marche et la station debout et disparaissait à peu près complètement par le repos au lit. Interrogé avec soin sur la cause qui aurait pu faire naître cette douleur, le malade répond qu'il n'en connaissait pas. Au début, la douleur était modérée et ce n'est que peu à peu qu'elle a acquis le degré d'acuité qu'elle présente aujourd'hui.

Le malade suait habituellement des pieds. La compression sous le talon était relativement peu douloureuse, même avec

une forte compression. Pendant la marche et la station debout le malade ressentait la douleur, elle augmentait au point qu'il avait déjà dû, à plus d'une reprise, s'arrêter plusieurs jours de suite. Il avait essayé de résister et avait repris son service; mais comme il sentait que son talon devenait de plus en plus douloureux, il s'était enfin décidé à entrer à l'hôpital.

A l'examen, on put constater que le talon ne présentait ni gonflement ni rougeur, en un mot, aucune apparence de lésion. La plante du pied offrait exactement la même concavité que du côté sain. Du côté des articulations, pas plus que de la jambe, aucun phénomène morbide.

La peau du talon offrait ses plis habituels, seulement elle avait une épaisseur moindre qu'à l'état normal.

Le malade fut traité par le repos, et la guérison arriva bientôt. Il quitta l'hôpital le 8 décembre, et, comme il pouvait marcher sans éprouver de douleur, il reprit aussitôt son service. Il faisait à peine ses gardes depuis trois jours, quand la douleur reparut avec une certaine acuité. Il était sorti de l'hôpital le 8 décembre, y rentrait de nouveau le 11 décembre 1873, c'est-à-dire trois jours à peine après sa sortie. Il fit cette fois, à l'hôpital, un séjour de deux mois, durant lesquels il fut traité par le simple repos prolongé avec application de teinture d'iode sur le talon.

Il sortait guéri de l'hôpital le 24 février 1874. M. Després lui donna le conseil de porter des chaussures à semelles épaisses, et de porter, dans le soulier correspondant au talon douloureux, une semelle en caoutchouc.

Il entra, pour la troisième fois, à l'hôpital Cochin, le 10 septembre 1874, mais cette fois c'était le talon du côté gauche qui le faisait souffrir.

L'état des parties était absolument le même que celui du côté opposé, sans aucune apparence de lésion.

Il quitta l'hôpital le 8 février, il n'était pas complètement guéri, mais il pouvait néanmoins marcher. Il était en instance pour obtenir un changement de position dans sa profession.

A signaler dans cette observation, la profession du malade et la peau peu épaisse du talon.

OBSERVATION III. — (Personnelle). — *Talalgie blennorrhagique*

Jean ..., garçon de café, 26 ans, entre le 25 janvier 1897 à l'hôpital Saint-Eugène, dans le service de M. le professeur Duret.

Pas d'antécédents héréditaires.

A l'âge de 3 ans, a eu la scarlatine ; une pneumonie à 17 ans, et, il y a cinq mois, a été atteint de blennorrhagie. Le malade se plaint aujourd'hui d'une violente douleur au talon droit, douleur qui n'existe que pendant la station debout et disparaît pendant le repos ; elle a débuté il y a deux mois.

Elle s'est développée petit à petit : d'abord supportable, elle est devenue intolérable et force le malade au repos absolu.

A l'examen, on remarque que le talon douloureux n'est pas augmenté de volume ; la couleur de la peau est normale et la pression profonde permet de localiser la douleur en un point situé à la face plantaire de la tubérosité interne du calcanéum.

L'opération est proposée au malade qui l'accepte. M. le professeur Duret fait une incision en fer à cheval, contournant la demi-circonférence postérieure du talon et allant directement jusqu'au voisinage du périoste, de manière à détacher tout le coussinet graisseux et la peau. Or, en arrivant au voisinage de la tubérosité postérieure du calcanéum, le chirurgien et nous-mêmes avons pu constater, de la façon la plus évidente, avant d'ouvrir la bourse séreuse de Lenoir, et surtout après l'avoir ouverte, que ses parois étaient notablement épaissies et comme fibreuses. M. Duret procède à l'ablation de la bourse séreuse, puis le lambeau talonnier, réappliqué sur le calcanéum, est suturé avec le plus grand soin. La réunion se fit avec une

exactitude telle que c'est à peine si l'on pouvait soupçonner qu'il y avait eu une intervention sanglante.

Le malade fut condamné au lit pendant trois semaines ; puis on lui permit de reprendre graduellement la marche. Toute douleur avait disparu.

Il y a six mois, nous avons eu l'occasion de revoir la personne qui fait l'objet de cette observation ; la guérison était restée complète.

Dans le cas présent, nous voyons l'hygroma chronique causant la talalgie ; la douleur est nettement localisée et le sujet a été atteint de blennorrhagie cinq mois avant d'être contraint au repos absolu ; la guérison, enfin, ne s'est pas démentie.

OBSERVATION IV. — (Duplay.) *Talalgie traumatique*

X..., âgé de 20 ans, garçon épicier, entre le 23 avril 1896 à la salle Saint-Landry, n° 23.

Le malade souffre d'une douleur à la face inférieure du talon et toute la symptomatologie se borne à cette douleur, ainsi que nous le verrons.

Pas d'antécédents héréditaires dignes d'être notés.

Il n'a jamais fait de maladie grave et ne présente aucune tare diathésique ; léger degré d'alcoolisme, se traduisant par un peu de tremblement.

En somme, on peut dire que ce jeune homme jouit d'une santé parfaite.

L'an dernier, il a eu une hydarthrose traumatique du genou droit, à la suite d'une contusion produite par la chute d'une caisse de sucre sur l'articulation.

Cette hydarthrose, traitée convenablement, s'était vite améliorée, mais elle récidiva aussitôt que le malade eut repris son travail ; cette fois, il fallut recourir à la ponction, qui fut suivie d'une guérison complète ; au bout de huit jours, il ne restait aucune trace de l'affection.

Je passe sur une entorse légère du pied gauche dont il a souffert il y a trois ans, et qui ne l'empêcha guère de travailler plus de deux jours.

La maladie actuelle a débuté il y a deux mois et demi, sous la forme de douleurs localisées aux deux talons, se manifestant seulement pendant la station debout et la marche. Le malade, attribuant ses douleurs à des chaussures mal faites les change pour des brodequins, lesquels, incriminés à leur tour, sont remplacés par des chaussons.

Malgré tout, les douleurs continuent à augmenter progressivement, si bien que, pendant cette période, aucun traitement ne donna de résultat.

L'examen de la région du talon nous fournit peu de renseignements. Morphologiquement, elle est d'aspect à peu près normal ; cependant la peau est peut-être un peu moins épaisse qu'à l'état normal : de même, l'épaisseur et la consistance du coussinet graisseux sous-jacent nous semblent un peu diminuées.

La douleur à la pression siège en un point bien limité, toujours le même, lequel répond à peu près au milieu du talon ou plus exactement au niveau de la tubérosité postérieure du calcaneum. On peut exercer des pressions très fortes sur tous les autres points du talon sans que le malade accuse la moindre sensibilité ; mais, dès que le doigt arrive sur la tubérosité et dans un point très circonscrit, le malade accuse immédiatement une douleur très vive.

Le siège de la douleur à la pression est le même des deux côtés ; seulement la sensibilité du talon droit est beaucoup plus vive que celle du talon gauche.

Le malade a été opéré ; la bourse séreuse de Lenoir était considérablement épaissie et comme fibreuse. Nous procédâmes à l'extirpation de cette bourse ; puis le lambeau talonnier, réappliqué sur le calcaneum, fut suturé avec le plus grand soin.

Le malade fut condamné au lit pendant un mois, puis on lu

permet de reprendre graduellement la marche. Toute douleur avait disparu.

Tout récemment encore, il nous écrivait que bien qu'il ait fait des excès de marche, la guérison ne s'était pas démentie.

Cette observation nous montre l'influence exclusive du traumatisme sur la talalgie et la guérison survenue et maintenue après l'ablation de l'hygroma chronique de la bourse de Lenoir. La douleur était nettement localisée.

OBSERVATION V (Personnelle). — *Talalgie rhumatismale et blennorrhagique.*

Alfred D..., forgeron, 45 ans, entre le 25 décembre 1897, à l'hôpital St^e Eugénie, dans le service de M. le professeur Duret.

Pas d'antécédents héréditaires.

A toujours joui d'une excellente santé jusqu'à 23 ans, époque à laquelle il était soldat à Oran. Là, il fut atteint de rhumatisme articulaire aigu, ce qui le força d'entrer à l'hôpital militaire de cette ville où il resta deux mois ; il reprit son service au sortir de l'hôpital. Quelque temps après, il attrapa la blennorrhagie qu'il soigna par le dédain et qui lui est passée à l'état chronique. Souvent et surtout au changement de temps, il souffre de douleurs rhumatismales qui, cependant, ne l'ont jamais contraint à abandonner sa profession, quand, il y a quatre mois, il ressentit des douleurs pas bien vives dans le talon droit. Malgré cela, il se rendit toujours au travail. Mais ces douleurs ont considérablement augmenté et l'amènent à l'hôpital.

On constate que l'articulation tibio-tarsienne droite est empâtée tandis que la gauche est normale. L'examen du talon malade permet de localiser le siège de la douleur, laquelle n'existe d'une façon prononcée que dans la station debout ou pendant la marche. Cette douleur est limitée en un point, toujours le même, lequel répond à peu près au milieu du talon ou plus

exactement au niveau de la tubérosité postérieure du calcanéum. On peut exercer des pressions très fortes sur tous les autres points du talon, sans que le malade accuse la moindre sensibilité, mais dès que le doigt arrive sur la tubérosité et dans un point très circonscrit, le malade accuse immédiatement une douleur vive et cherche à se soustraire à la pression.

Pendant plusieurs mois, ce forgeron avait pris d'assez fortes doses de salicylate, espérant par ce moyen faire disparaître la douleur qui l'incommodait dans l'exercice de sa profession. Ce fut en vain ; aussi M. le professeur Duret lui proposait-il l'opération qui fut aussitôt acceptée et faite quelques jours après. Même procédé opératoire que pour le malade qui fait l'objet de la troisième observation et aussi même découverte : le chirurgien constata que la bourse séreuse de Lenoir était atteinte d'hygroma chronique ; il procéda à son ablation. Au bout de quinze jours, le malade pouvait se lever et, peu de temps après, il quittait l'hôpital, la douleur ayant complètement disparu.

Le malade dont nous venons de faire l'histoire avait donc été atteint de rhumatisme et de blennorrhagie ; la bourse séreuse de Lenoir était frappée d'inflammation chronique et son ablation a supprimé la douleur.

OBSERVATION VI (Fabre). — *Talalgie d'origine traumatique.*

X..., gardien de la paix, entré l'année dernière à l'hôpital Cochin. Cet homme, d'une constitution robuste, était attaché depuis quatre ans au service des gardiens de la paix. Ce malade raconte que, depuis quelques semaines, il éprouvait dans le talon droit une douleur, qui, accrue pendant la marche et la station, s'améliorait notablement par le repos. Il avait vu cette douleur survenir peu à peu et sans qu'il lui fût possible de pouvoir la rattacher à une chute ou à un coup. Pas de rhumatisme, pas de blennorrhagie.

On ne voyait et on ne sentait aucune lésion apparente du talon malade ; celui-ci présente la même concavité que celui du côté sain.

La pression simple n'était pas douloureuse, mais la pression forte et prolongée déterminait une douleur assez vive.

Pas de sueur des pieds abondante comme chez les deux autres malades, mais la peau du talon n'offrait pas l'épaisseur qu'elle a d'ordinaire à cette région.

Le malade resta quinze jours à l'hôpital.

L'amélioration était déjà notable quand il demanda à sortir.

M. Després lui prescrivit une chaussure à semelles épaisses et lui recommanda une semelle en caoutchouc sous le pied malade.

Il est revenu depuis plusieurs fois à la consultation et il a pu continuer son service.

Ici encore nous avons en face de nous un professionnel.

OBSERVATION VII (Personnelle). — *Talalgie traumatique.*

Henri D..., 20 ans, boulanger, entré le 18 février 1898 à l'hôpital Sainte-Eugénie, dans le service de M. le Professeur Duret.

Pas d'antécédents héréditaires.

A eu la rougeole à deux ans, une hydarthrose du genou gauche à dix-huit ans, causée par une chute sur les genoux, n'a jamais été atteint ni de rhumatisme ni de blennorrhagie.

La maladie actuelle a débuté, il y a six mois, sous forme de douleurs localisées dans le talon droit se manifestant seulement pendant la station debout et la marche. Les chaussures employées, présentant des semelles très fines, furent rejetées et remplacées par des brodequins, changement qui n'apporta aucune amélioration chez le malade qui, nous oublions de le dire, a le pied droit fortement cambré. On s'adressa alors à l'antipyrine,

au salicylate de soude, aux frictions alcooliques ; rien ne fit, et les douleurs devenaient de plus en plus vives.

A bout de patience, le malade entre à l'hôpital où nous pouvons l'examiner.

Le talon, siège de la douleur, ne présente ni rougeur ni tuméfaction ; cependant la peau est peut être un peu moins épaisse qu'à l'état physiologique ; de même, l'épaisseur et la consistance du coussinet graisseux sous-jacent nous semblent un peu diminuées ; de plus, les pieds sont le siège d'une transpiration intense.

A côté de ces symptômes, il en est un qui, par sa constante netteté, va nous être des plus utiles pour localiser le siège de la maladie : c'est la douleur à la pression qui siège en un point très limité ; toujours le même, lequel répond à peu près au milieu du talon. On peut exercer des pressions très fortes sur tous les autres points du talon. sans que le malade accuse la moindre sensibilité, mais dès que le doigt arrive sur la tubérosité, le malade accuse immédiatement une douleur vive et cherche à se soustraire à la pression.

Monsieur le professeur Duret, se trouvant en face d'un professionnel, propose l'opération qui est acceptée et faite la semaine suivante.

La bourse sérieuse de Lenoir, atteinte d'inflammation chronique, est enlevée. La guérison ne s'est pas fait attendre et un mois à peine s'était écoulé, que le malade quittait l'hôpital, n'éprouvant plus la moindre douleur pendant la station debout et la marche.

Chez ce boulanger, c'est le traumatisme, aidé par le peu d'épaisseur de la peau et de la couche adipeuse, qui a produit l'hygroma chronique, lequel, enlevé, a causé la guérison complète.

OBSERVATION VIII (Personnelle). — *Talalgie rhumatismale.*

Henri D..., 33 ans, agent de police, entré le 30 mai 1896 dans le service de M. le professeur Buret, hôpital Sainte-Eugénie,

Père mort de pneumonie.

Mère bien portante.

A eu la coqueluche à trois ans et a joui d'une santé excellente jusqu'à quinze ans, époque à laquelle il a été atteint de rhumatisme articulaire, maladie qui a duré trois semaines et dont il s'est toujours ressenti; les cou-de-pied ont toujours été épargnés ainsi que les différentes articulations de l'extrémité du membre inférieur. Ce n'est qu'au mois de janvier 1896 qu'il a éprouvé au talon droit des douleurs accompagnées de picotements. Ces douleurs peu vives au début ont toujours augmenté; au repos elles étaient insignifiantes, la marche les augmentait. Le salicylate de soude fut pris à haute dose; résultat négatif; alors on eut recours aux badigeonnages à la teinture d'iode; pas de résultat. Ce que voyant, le malade entre à l'hôpital Sainte-Eugénie dans le service de médecine où il reste un mois; aucun traitement médical n'ayant produit d'effet, le malade descend en chirurgie où nous l'examinons.

Le talon droit présente sa couleur normale, mais il est tuméfié. La pression permet de localiser la douleur en un point précis situé à la partie inférieure et interne du calcaneum; cette douleur s'irradie jusqu'au mollet. La station debout et la marche l'exaspèrent.

M. le professeur Duret se propose d'intervenir chirurgicalement.

Le malade refuse et quitte l'hôpital peu de temps après, étant dans le même état de santé.

La douleur, croyons-nous, était produite ici par une névrite, car elle s'irradiait jusqu'au mollet.

OBSERVATION IX. (Personnelle). — *Talalgie goutteuse*

Jules B..., 42 ans, comptable, entre le 25 avril 1899 à l'hôpital de la Charité dans le service de M. le professeur Duret.

Père goutteux.

Mère très bien portante,

A fait une bronchite à huit ans ; depuis l'âge de quinze ans, est sujet aux migraines, aux épistaxis, aux éruptions eczéma-teuses, aux démangeaisons ; a fréquemment des furoncles ; pas de calvitie, pas de coliques néphrétiques ; a eu, il y a dix ans, sa première attaque de goutte et depuis a beaucoup de peine à marcher. Une fois étant en chasse, il n'a pu regagner son habitation tellement la douleur au talon droit était violente ; on a été forcé de le reconduire en voiture. Cette talalgie ayant toujours augmenté, malgré le régime suivi, le malade entre à Sainte-Eugénie dans le service de médecine où il ne se produit aucune amélioration ; ce qui l'amène en chirurgie.

Le talon malade est œdématisé ; la peau est légèrement luisante et la pression profonde au niveau de la face plantaire de la tubérosité interne du calcanéum révèle une douleur extrêmement vive qui s'irradie jusque dans la cuisse.

Aucun traitement médical n'ayant été efficace, M. Duret croit l'intervention chirurgicale nécessaire ; le malade la repousse et quitte l'hôpital sans que son état ne soit changé.

On voit ici que la talalgie est d'origine goutteuse.

OBSERVATION X. — *Talalgie rhumatismale avec accidents
spinaux* (HAYEM et PARMENTIER)

X..., âgé de 29 ans, comptable, entre le 7 mars 1887, salle Saint-Christophe, lit n° 1.

Antécédents héréditaires. — Père tué en 1860, mère morte

en 1870 d'une hémoptysie abondante qui l'emporta en deux jours. Elle ne toussait pas. Elle était nerveuse, fort irritable ; mais pas d'attaques de nerfs. Frère bien portant ; eut la chorée à douze ans.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle.

Syphilis en mars 1885 ; traitement par la liqueur de Van Swieten et l'iodure de potassium pendant deux mois. Au mois de mai, urétrite légère : les douleurs durèrent trois jours ; au bout d'une semaine elles avaient presque disparu.

En septembre 1886, violente blennorrhagie, douleurs urétrales intenses, écoulement purulent abondant. Bien qu'il en souffrit beaucoup, il négligea de se soigner. Au bout de quinze jours, il ressentit dans les membres inférieurs des douleurs siégeant plutôt à la partie interne des cuisses ; excitées par la marche, ces douleurs cessaient au repos.

Quatre jours après, apparut une hydartrhose dans le genou droit, et, huit jours après, ce fut le tour du genou gauche qui devient gonflé et douloureux.

Dès lors, le malade dut garder le lit.

Traitement : Teinture d'iode, vésicatoire et compression *loco dolenti*.

Bientôt il s'aperçut que les membres inférieurs, particulièrement les cuisses, s'amaigrissaient.

Au bout de deux mois, il put se lever ; les genoux n'étaient plus gonflés, mais étaient encore douloureux. Les douleurs dans les cuisses étaient moins vives.

Il essaya alors de reprendre son travail. Mais au bout d'une semaine, il dut l'abandonner : il ressentait dans *les talons* de violentes douleurs qui l'empêchaient de marcher. Le pied était en semi-extension sur la jambe et on ne pouvait le redresser sans provoquer de vives souffrances ; *la région du talon était gonflée et douloureuse*.

Les articulations métatarso-phalangiennes du côté gauche furent atteintes. Enfin, l'amaigrissement des membres inférieurs devient plus notable.

Le malade fut un peu soulagé par le salicylate de sòude et les bains de vapeur.

Néanmoins, l'amaigrissement des membres inférieurs continuant à se développer, la plante du pied, à droite et à gauche, étant toujours douloureuse, le malade se décida à entrer à l'hôpital.

A cette date, l'écoulement blennorrhagique avait totalement disparu.

A son entrée, on le soumit à un traitement mixte : iodure de potassium et mercure.

On lui fit même des frictions avec l'onguent napolitain sur les talons ; il n'en éprouva aucune amélioration.

Le malade était depuis trois mois à l'hôpital et soumis au traitement mercuriel et ioduré à forte dose, lorsqu'apparurent des douleurs violentes et du tremblement dans les membres inférieurs. Les douleurs, qui partaient du talon et s'étendaient jusqu'aux genoux, étaient instantanées et rappelaient par leurs caractères les douleurs dites fulgurantes. Elles étaient plus fréquentes la nuit et le réveillaient en sursaut. De temps à autre, il était pris de crampes dans les membres inférieurs, surtout douloureuses à la plante des pieds.

Le tremblement ne survenait qu'au moment où le pied posait à terre et s'étendait alors à tout le membre.

L'exagération des réflexes était fort notable des deux côtés.

La trépidation épileptoïde existait également à droite et à gauche.

Le chatouillement de la plante des pieds déterminait des spasmes dans le membre correspondant.

La sensibilité était conservée.

Léger degré de parésie musculaire.

Pas de troubles des sphincters.

Pas de douleurs en ceinture. Le malade éprouve un peu de sensibilité de la région dorso-lombaire dans les mouvements de flexion et d'extension ; rien au repos ; la percussion des apophyses épineuses dorso-lombaires est peu douloureuse.

Le malade ne peut se tenir debout, à cause de la douleur de la plante des pieds, du talon et de la faiblesse des jambes.

On continue le traitement antisiphilitique : 8 grammes d'iodure, frictions mercurielles.

Voyant qu'il ne se produisait aucune amélioration, on fit suspendre le mercure et l'iodure de potassium. On prescrivit alors des bains sulfureux et des injections sous-cutanées d'antipyrine; puis on eut recours à l'électricité.

Le malade, qui gardait le lit depuis cinq mois, commença dès lors à se trouver un peu mieux : après un mois, il put commencer à se lever ; on constata qu'il se tenait debout, les yeux fermés, sans osciller.

Progressivement et lentement, le mieux s'accroît, le malade peut faire quelques pas dans la salle qu'il met près d'un quart d'heure à parcourir dans sa longueur.

Enfin, vers le mois de janvier, les douleurs fulgurantes, qui étaient devenues de plus en plus rares, disparaissent complètement. La trépidation épileptoïde est à peine marquée. Le tremblement des membres inférieurs n'existe plus que lorsqu'il pose le pied à terre et disparaît après quelques pas.

L'amaigrissement des membres inférieurs a cessé. Il ne reste plus en somme que la sensibilité de la plante des pieds et les *douleurs des talons*, qui le forcent à s'arrêter après un quart d'heure de marche.

Etat actuel. (25 avril). — « Le malade conserve encore sa douleur du talon ; il peut marcher pendant une heure environ sans être trop fatigué ; mais, au début de la marche, les pieds sont raides et les souffrances des talons s'exaspèrent ; après quelques minutes, la marche devient plus facile. Le malade lève bien le pied au-dessus du sol. Il ne frappe pas du talon. Il lui semble que si les douleurs des talons disparaissaient, il marcherait comme avant sa maladie, »

Plus de trépidation épileptoïde, plus de douleurs fulgurantes. Pas de signe de Romberg.

La parésie musculaire est presque totalement disparue ; cependant le malade se sent moins fort qu'auparavant.

Il existe encore de l'atrophie des masses musculaires de la cuisse et du mollet ; mais elle est loin d'être aussi considérable qu'autrefois.

Les genoux ne sont plus douloureux, mais laissent percevoir des craquements.

Pas de roideur de la colonne vertébrale.

Bon état général.

Cette fois la talalgie blennorrhagique est accompagnée de nombreux phénomènes nerveux : trépidation épileptoïde, douleurs fulgurantes, etc. La théorie de Jacquet en rend compte.

OBSERVATION XI. — (Lustgarten) *Talalgie névrotique.*

Le nommé M..., garçon d'hôtel, âgé de 29 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Axenfeld, dans le service de M. le Dr Siredey, le 15 décembre 1897, pour des douleurs qu'il ressent dans les *pieds* et dans la continuité des membres inférieurs, douleurs qui rendent la station debout impossible.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'accident à l'âge de 58 ans, mère bien portante, mais très nerveuse ; s'emporte et pleure facilement.

Antécédents personnels. — Le malade a toujours été bien portant, il n'est pas buveur, on ne trouve chez lui aucun stigmate d'éthylisme.

Trois semaines avant son entrée à l'hôpital il contracte, pour la première fois, un écoulement qui le fait beaucoup souffrir et pour lequel il se soigne avec de l'opiat. Deux semaines après le début de la blennorrhagie, il commence à ressentir des douleurs à la *plante des pieds* et au niveau de l'articulation tibio-tarsienne du côté droit. Les douleurs, sourdes d'abord, deviennent de plus en plus vives, elles sont continues et présentent des exacerbations lorsque le malade essaye de marcher pen-

dant quelques temps. C'est dans cet état qu'il entre à l'hôpital.

M. le docteur Sîredey, après l'avoir examiné, lui conseille le repos et des bains sulfureux.

Malgré cela, l'état ne s'améliore pas, les douleurs persistent et les jambes ont beaucoup maigri depuis son séjour à l'hôpital.

Cet état continue jusqu'au 25 décembre 1897, quand notre maître, M. le docteur Gilles de la Tourette, reprend le service et quand nous l'examinons.

Etat actuel (13 janvier 1898). — Le malade, pâle et amaigri, se plaint de souffrir dans la continuité des membres inférieurs. Ces douleurs, que le malade compare à des brûlures, sont continues, mais elles deviennent intolérables dès qu'il cherche à se lever, ce qui fait que la marche est presque impossible. En examinant ses membres inférieurs, la première chose qui frappe, c'est l'atrophie musculaire; cette atrophie occupe tous les muscles de la jambe, la cuisse paraît indemne.

La pression de la *région calcanéenne* et *rétro-calcanéenne*, ainsi que celle de l'extrémité antérieure des métatarsiens, réveille de vives souffrances.

Les réflexes sont forts des deux côtés.

Les masses musculaires et les nerfs sont très douloureux à la pression.

L'articulation tibio-tarsienne droite est gonflée et très douloureuse.

Les membres supérieurs sont intacts; il n'y a pas de troubles sphinctériens, ni des organes des sens; pas de troubles psychiques.

L'écoulement a presque disparu et il ne persiste plus qu'une légère goutte matinale, dans laquelle on retrouve des gonococcus en abondance.

L'examen électrique montre une diminution de la contractibilité faradique des muscles et des nerfs du côté des membres inférieurs.

Sous l'influence du traitement, les douleurs ont diminué progressivement, les muscles ont repris leur force et, le 4 mars 1898, le malade demande à quitter l'hôpital.

En l'examinant avant sa sortie de l'hôpital, nous constatons une absence complète de phénomènes douloureux, les muscles sont fermes, la marche se fait sans aucune difficulté.

Nous attirons l'attention sur le court espace de temps qui s'est écoulé entre le début de la blennorrhagie et le début de la talalgie, et sur les phénomènes nerveux que nous rencontrons chez ce malade.

OBSERVATION XIII. — (Lustgarten) *Talalgie nécrétique*.

Le nommé H..., garçon de café, âgé de 25 ans, entre à l'hôpital Hérold, lit 11, le 17 janvier 1898, pour des douleurs dans les membres inférieurs et pour la difficulté de la marche.

Antécédents héréditaires. — Père rhumatisant ; mère bien portante.

Antécédents personnels. — A part une varicelle en 1889, le malade a toujours eu une bonne santé : il n'est pas éthylique.

En septembre 1895, il contracte une blennorrhagie qui se complique, au bout d'un mois, de polyarthrite blennorrhagique pour laquelle le malade est forcé de rester huit mois à l'hôpital Ricord. Il sort presque guéri, en ne conservant que quelques douleurs vagues dans les articulations.

En mai 1897, il attrape une seconde blennorrhagie pour laquelle il entre à l'Hôtel-Dieu annexe, le 13 mai 1897 ; quelques jours après son entrée à l'hôpital, il est pris à nouveau de rhumatisme blennorrhagique, les articulations tibio-tarsiennes, sterno-claviculaires et l'articulation du genou droit étaient prises à ce moment.

Il reste cinq mois à l'hôpital et sort vers la fin d'octobre, guéri de son rhumatisme blennorrhagique.

Depuis deux mois, il souffre de douleurs fulgurantes dans ses

membres inférieurs, qui ont commencé à maigrir depuis la même époque. C'est à cause de ces deux phénomènes qu'il est encore à l'hôpital.

Etat actuel. — Malade pâle, amaigri ; se trouve dans l'impossibilité de marcher, la plante des pieds étant très douloureuse dès qu'il essaie de faire le moindre mouvement.

Les membres inférieurs sont très atrophiés, l'atrophie porte sur tous les muscles de la cuisse et des jambes.

Les muscles ne sont pas douloureux à la pression. Les pieds sont froids, couverts de sueur ; la pression des régions *sous et rétro calcanéennes* est très douloureuse. — L'hyperesthésie cutanée est très marquée.

Les réflexes rotuliens sont abolis.

Pas de troubles sphinctériens ni psychiques.

Le malade est soumis au traitement que nous employons dans les cas de névrite, mais il quitte l'hôpital au bout de huit jours et nous ne savons pas ce qu'il est devenu.

Ici, outre la blennorrhagie double et les phénomènes nerveux que nous rencontrons, nous voyons que ce malade est atteint de sueurs aux pieds.

OBSERVATION XIII. — (Brousses et Berthier).

Le 23 novembre 1893 entrant dans notre service, à l'hôpital militaire Desgenettes, le nommé Fai., soldat au 96^e régiment d'infanterie. Ce jeune homme, incorporé depuis quatre mois seulement, nous était adressé comme atteint d'un début de pied plat valgus douloureux à gauche. De complexion débile, pâle, fortement neurasthénique, Fai. avait exercé, avant son entrée au service, la profession de clerc d'huissier et, en dernier lieu, celle de garçon coiffeur. Ses antécédents pathologiques personnels nous le représentent comme très sensible aux refroidissements, sujet à de fréquentes épistaxis. Il a eu la scarlatine il y a dix ans et a contracté l'an dernier une blennorrhagie qui a

duré deux mois et dont il est, à l'heure actuelle, complètement guéri. Il n'est pas rhumatisant. Son père est mort de tuberculose pulmonaire, sa mère est une femme amaigrie, souvent atteinte de bronchite et très sujette à des crises nerveuses. Depuis près de trois mois, Fai... est immobilisé dans son lit par une douleur que développe la plus légère pression exercée sur le talon gauche et que la simple station debout exagère au point de faire naître des tendances syncopales. Les phénomènes douloureux auraient débuté assez brusquement un matin, au saut du lit, il y a cinq mois. Fai... aurait été pris au talon d'une crampe qui laissa, une fois disparue, une sensation de brûlure et de picotements aigus. Un mois plus tard, ces premiers phénomènes s'étaient transformés en une douleur des plus vives et le malade ne pouvait plus reposer son pied à terre que par la pointe des orteils. Un long repos à l'infirmerie régimentaire n'avait en rien amélioré cet état. Quand nous eûmes à procéder à l'examen clinique, rien de bien particulier ne pouvait d'abord frapper la vue. La peau de la région douloureuse est saine, de coloration normale, sans modification de sécrétion sudorale ou autres troubles d'ordre trophique. Il n'existe en apparence aucun trouble inflammatoire. La voûte plantaire, loin d'être affaissée, semble au contraire plus accusée que celle du côté droit. Le pied est en attitude de pied varus, en raison sans doute d'un état de contracture du jambier antérieur dont le tendon fait sur le cou-de-pied une saillie appréciable. Pareillement, les muscles postérieurs de la jambe sont légèrement contracturés et ce n'est qu'avec effort que le malade parvient à faire exécuter à son pied de très légers mouvements de flexion et d'extension.

La palpation permet de localiser la douleur en un point fixe siégeant sur le milieu de la face inférieure du talon. Le contrat est simple, superficiel, n'est pas douloureux; une pression légère reste même supportable. Mais si l'on comprime un peu fortement, il se développe une douleur de caractère fulgurant avec irradiation remontant jusqu'à la hauteur du mollet.

D'ailleurs en dehors de toute pression exercée sur le talon, on peut réveiller la douleur en comprimant le trajet du nerf tibial postérieur sur un point quelconque de l'étendue comprise entre la ligne rétro malléolaire et la mi-hauteur de la jambe.

Les lignes articulaires du voisinage (de Chapatl, de Lisfranc, des articulations tibio-tarsienne et artragalo-calcanéenne) sont saines ainsi que les os qui constituent ces articulations.

Le calcanéum n'est épaissi et reste insensible à de fortes pressions exercées sur les trois faces excessives aux recherches de cet ordre.

Les parties molles qui enveloppent le talon semblent légèrement plus soulevées que leurs similaires du côté droit. Le repos absolu, combiné à la révulsion sous formes de badigeonnages de teinture d'iode et d'applications profondes de pointes de feu resta sans effet. Devant l'insuccès de ce mode thérapeutique, une médication anti-rhumatismale et anti-névralgique fut instituée. Au bout d'un mois, aucune amélioration ne s'était produite.

Nous nous crûmes dès lors autorisés à intervenir chirurgicalement, gardant l'espoir de trouver peut être sur la face inférieure du calcanéum un point d'ostéite qui eu suffi à légitimer toute la symptomatologie non décrite, ou bien encore, en l'absence de toute lésion osseuse, une altération siégeant dans les parties molles du talon, plus probablement au niveau de la bourse séreuse talonnière.

En prévision de la possibilité d'existence d'une simple névrite périphérique, qui pouvaient nous faire appréhender les irradiations douloureuses ressenties par le malade, nous avons combiné le mode d'intervention de telle sorte qu'il peut s'adapter à nos différentes hypothèses.

C'est ainsi que nous avons subsistué à une incision rectiligne médiane ou latérale, qui aurait pu à la rigueur suffire en toute autre circonstance, une incision en arc de cercle, dont la partie majeure correspondait à la partie postérieure du talon,

telle l'incision adaptée par Erisetien dans son procédé de résection du calcanéum.

L'opération fut pratiquée le 13 janvier. La face inférieure du calcanéum était saine. Une dissection, lentement faite dans les parties molles nous permit d'arriver au travers d'une couche fortement hypertrophiée et constituée par des lobules graisseux sur une cavité séreuse du volume d'une noisette, distendue par un liquide filant, non hématique.

C'était la bourse talonnière dont la paroi attira tout aussitôt notre attention. Dans son épaisseur existait une saillie de dureté ligneuse, ayant la grosseur d'un petit pois. Cette bourse fut réséquée avec soin. La cicatrisation se fit vite et sans incident.

Le 25 janvier, l'opéré essaie de se lever et constate qu'il peut appliquer son talon sur le sol sans que se développe la douleur auparavant ressentie. Le 14 février, il pouvait faire, appuyé sur une canne, une promenade en ville. Quelques jours plus tard il quittait l'hôpital, et, après un mois de convalescence passé dans sa famille, reprenait son service militaire qu'il n'a plus eu à interrompre.

La bourse sous-calcanéenne était distendue par un liquide filant; l'examen anatomique et histologique de la pièce fit reconnaître dans la paroi une artériole dont les tuniques étaient normales et un filet nerveux, atteint de névrite interstitielle. De plus, cette bourse était résistante indurée.

Cette observation vient à l'appui de la théorie nerveuse de M. Jacquet.

CONCLUSIONS

La talalgie, ou plus correctement *pternalgie* est un symptôme qui relève le plus souvent de traumatismes souvent répétés et peu violents ; la blennorrhagie entre aussi en ligne de compte ; enfin, le rhumatisme et la goutte.

La douleur, peu vive au début, devient, petit à petit, de plus en plus intense et force le malade au repos absolu.

Les lésions qui caractérisent cette affection sont constituées tantôt par l'inflammation chronique de la bourse de Lenoir, tantôt par la névrite d'origines diverses ; d'autres fois les deux facteurs sont réunis.

Le traitement exige avant tout le repos. Quand il y a hygroma, l'ablation de cette tumeur est commandée ; en cas de névrite, on fera de la révulsion sur la colonne vertébrale et au niveau du talon.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
TILLAUX.

Vu : LE DOYEN,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

LE VICE-RECTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BLUM. — Chirurgie du pied, 1888.
BROUSSES. — *Journal des Praticiens*, 1894 et *Soc. des Sc. médicales de Lyon*, 1894.
BROUSSES et BERTHIER. — *Revue de chirurgie*, 1895.
DESPRÈS. — *Chirurgie journalière*, 1881.
DUPLAY. — *Presse médicale*, 1897.
FABRE. — Thèse, 1875.
JACQUET. — *Société médicale des hôpitaux*, 11 mars 1897.
VOISIN. — Thèse 1899.

BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE DEVERDUN ET JAGUIN.
